

# Informe del supervisor del incidente del empleado

Gerente: Infórmenos sobre la lesión o el incidente de inmediato llamando a Omaha National al 844-761-8400, incluso si algunos espacios en este formulario están en blanco.

## Empleado Lesionado

Nombre _____	Identificación del Empleado _____
Título de Trabajo _____	Nombre de la Compañía _____
Testigos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre _____	Numero Telefónico _____
Nombre _____	Numero Telefónico _____
Nombre _____	Numero Telefónico _____

## Incidente

Fecha del Incidente _____	Hora del Incidente _____	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
Fecha en que se Reporto _____	Hora en que se Reporto _____	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM

¿Estaba el empleado participando en tareas laborales en el momento del incidente?  Si  No

Descripción del Incidente:

Maquinas, materiales, herramientas, o equipo utilizado, manipulado, o involucrado:

Tipo de lesión y partes del cuerpo lesionadas:

## Tratamiento Médico y Estatus de Trabajo

Primeros Auxilios Proporcionados <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Describa _____
Perdió tiempo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Liste el/los día(s) _____
Regreso a trabajar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Fecha _____
Estatus de trabajo <input type="checkbox"/> Fuera del trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo ligero <input type="checkbox"/> Trabajo regular	
Atención de emergencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Nombre del medico _____	Nombre del Hospital _____

## Medidas preventivas y correctivas sugeridas

¿Qué acciones se tomarán para prevenir futuros accidentes?

Completado por \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_  
Titulo \_\_\_\_\_